Commission spécialisée « droits des usagers »

Réunion du 14 mai 2013

Compte-rendu

*

Présent-e-s : Denys PRIOLET (C. 2) ; Josiane CASTOR-NEWTON (C. 3) ; Bernadette DEVICTOR (Présidente de la C.N.S., C. 3) ; Eric DE FALCO (C. 3) ; Abdou ALI MOHAMED (C. 4) ; Patrick BEGUIN (C. 5) ; Michel REGEREAU (C. 5) ; Sylvie VAILLANT (C. 6) ; Emmanuel RUSCH (Président de la C.S.D.U. (C. 6) ; Marc DUPONT (C. 8) ;

Invitée : Marianne RIVIERE (C. 2) ;

Excusé-e-s : Bruno PHILIPPE (C. 1) ; Dominique SECHET (C. 5) ; Laurent GERBAUD (C. 6) ; Bernard GAILLARD (C. 3) ; Christel PRADO et Eric BLANCHET (C. 7) ;

Absent(e)s : Aymeric AUDIAU (C. 2) ; Daniel BIDEAU (C. 2) ; Pierre-Marie LEBRUN (C. 2) ; Michèle BARON (C. 5) ; Jean-Pierre COUTERON, Corine OGLAZA (C. 7) Bruno NAGARD (C. 7)

Secrétariat général de la C.N.S. : Alexandre VISCONTINI, Luiza GABOUR (D.G.S.).

1. Validation du projet de compte-rendu de la réunion du 9 avril 2013 :

Compte tenu de l'envoi tardif du projet de compte rendu de la réunion du 9 avril 2013, celui-ci sera validé lors de la prochaine réunion qui a lieu le mardi 18.06.

2. Retour sur la rencontre avec Etienne PINTE, Président du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (C.N.L.E.) :

Mme Bernadette DEVICTOR et M. Emmanuel RUSCH ont rencontré le 14.05. M. Etienne PINTE, Président du C.N.L.E. Ce Conseil, placé auprès du Premier ministre mais dont le Secrétariat général est assuré par la Direction générale de la cohésion sociale (D.G.C.S.), expérimente depuis juin 2012 la participation à ses travaux de personnes en situation de pauvreté au sein d'un 8ème collège. Ce collège a été mis en place à la suite d'un rapport du C.N.L.E. remis à Mme Bachelot sur l'amélioration de la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques.

Pour en savoir plus sur l'expérimentation du 8ème collège :
http://www.cnle.gouv.fr/Experimentation-du-8e-college.html

Mme Bernadette DEVICTOR et M. Emmanuel RUSCH sont invité(e)s à la prochaine séance plénière du C.N.L.E. le 30 mai pour présenter le rapport 2012 de la C.N.S. sur les droits des usagers et proposer

du C.N.L.E. de participer à l'organisation du prochain débat public de la C.N.S. sur les jeunes et la solidarité dans le domaine de la santé.

3. Présentation du programme de médiation sanitaire
Nathalie GOYAUX, chargée des dossiers santé précarité, Direction générale de la santé :

Mme Nathalie GOYAUX présente le programme de médiation sanitaire dont la coordination nationale est, notamment, soutenue par la Direction générale de la santé. La médiation sanitaire vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. Cet outil est adapté à leurs spécificités et cherche à développer un accès autonome au système de droit commun.

Le programme expérimental a été mis en œuvre en 2011 et 2012 auprès de femmes et d'enfants Roms dans plusieurs régions. Les médiatrices/teurs, spécifiquement formé(e)s, employé(e)s par des associations reconnues et travaillant en équipe pluridisciplinaire ont agi auprès de ce public, ainsi qu'auprès des professionnel(le)s sanitaires et sociaux et de l'environnement immédiat des familles. Un nouveau programme sera mis en œuvre dès 2013 : il sera étendu à de nouveaux territoires et, conformément à la mesure du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, concernera aussi les « Gens du voyage ».

Pour voir la présentation diaporama et le détail des actions menées : http://www.sante.gouv.fr/nouvel-article,13017.html (accès extranet réservé aux membres de la C.N.S.)

4. Audition de Michel REGEREAU, Président de la C.N.A.M.T.S., sur l'accès financier aux soins :

Invité pour échanger avec les membres de la C.S.D.U., M. Michel REGEREAU (également membre de la Commission permanente de la C.N.S.) présente quelques données et chiffres sur la question d'accès financier aux soins et en particulier sur les dépassements d'honoraires.

Voir le diaporama : http://www.sante.gouv.fr/nouvel-article,13017.html (accès extranet réservé aux membres de la C.N.S.)

En 2011, les dépassements d'honoraires des médecins (secteur 2 et D.P.) ont représenté 2,4 milliards d'euros. Le nombre de médecins exerçant en secteur 2 augmente, notamment chez les spécialistes, et le taux de dépassement augmente ; le reste à charge pour les patient(e)s est important. Il est à noter que les dépassements sont assez différents en fonction des spécialistes (voir les données présentées sur le diaporama).

L'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, publiée au *Journal officiel* de la République française, met en place un nouveau contrat d'accès aux soins ouverts aux médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et à celles et ceux titulaires d'un droit permanent à dépassement sous réserve qu'ils n'aient pas dépassé en moyenne sur l'année 2012 100 % du tarif opposable c'est-à-dire 2 fois le tarif de la sécurité sociale ou qu'ils s'engagent à revenir en deçà. Il a pour objectif de favoriser l'accès des patient(e)s à des tarifs opposables (tarifs sécurité sociale) et réduire leur reste à charge. Par ailleurs les signataires s'engagent à geler leurs tarifs durant le contrat.

Les intéressé(e)s percevront des aides au financement de leur couverture sociale proportionnelles à leur taux de tarif opposable. Leurs patient(e)s seront mieux remboursé(e)s. En outre, la mise en œuvre

de l'accord est conditionnée au fait que plus de 33 % des médecins (au niveau national) y adhèrent afin que l'offre médicale à dépassement maîtrisé soit suffisamment importante au sein du secteur 2[1].

Les dépassements d'honoraires abusifs seront sanctionnés au-delà d'une certaine limite, évaluée à 150 % du tarif de la sécurité sociale hormis pour les 3 départements suivants : Paris, Hauts-de-Seine et Rhône. D'autres critères sont également pris en compte : la croissance annuelle du taux de dépassement, la fréquence des actes avec dépassements, la variabilité des honoraires pratiqués, le dépassement annuel moyen annuel par patient (la répétition des dépassements).

Un observatoire est créé pour assurer le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du contrat d'accès aux soins et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires dans la mesure où l'avenant 8 dispose que tous les médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la période de la convention.

Echanges avec les membres de la C.S.D.U. :

Dans le cadre de l'élaboration du rapport sur les droits des usagers, la C.S.D.U. souhaiterait disposer de l'offre en tarifs opposables par territoire, afin de pouvoir communiquer ces données aux Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) ; cela permettrait d'avoir une cartographie de l'offre d'accès aux soins.

Il est indiqué que les données sont disponibles en région et que la C.R.S.A. peut en demander communication à l'Agence régionale de santé (A.R.S.). Dans certaines régions (Bretagne, Lorraine), l'A.R.S. a déjà fait une présentation à la C.R.S.A. ; en Haute Normandie, la C.R.S.A. s'est autosaisie de la question de l'accessibilité financière aux soins et s'est adressé directement aux Caisses primaires d'assurance maladie (C.P.A.M.) ; les médecins ont réagi en affirmant que les observatoires régionaux des pratiques tarifaires sont un sujet conventionnel qui ne doit pas être de la compétence des C.R.S.A.

Les données disponibles en région peuvent également être transmises aux C.R.S.A. via le Collectif interassociatif sur la santé (C.I.S.S.), la F.N.A.T.H. ou les U.D.A.F. qui siègent dans les C.P.A.M. et disposent donc de ces données.

Au-delà des dépassements, les membres de la C.S.D.U. posent la question de la répartition géographique des professionnel(le)s de santé. M. REGEREAU précise que le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (U.N.C.A.M.) a toujours indiqué qu'il souhaitait des incitations à l'installation dans les zones sous-denses et des réductions d'attrait dans des zones sur-denses ; un accord a été trouvé avec les kinésithérapeutes, les infirmières et les sages femmes. La loi dite « H.P.S.T. » avait prévu un Schéma régional d'organisation des soins ambulatoire (S.R.O.S. ambulatoire) mais le Gouvernement a reculé en rendant le S.R.O.S. ambulatoire non opposable. Le rapport du Sénat sur les déserts médicaux, établi par la Commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire prône la régulation de l'installation. Le Président de l'U.N.C.A.M. plaide pour des aides proportionnées aux besoins et aux services rendus, qui concerneraient tous les médecins en exercice et pas seulement les jeunes qui vont s'installer.

5. Point sur les rapports 2012 des C.R.S.A. sur les droits des usagers reçus par le secrétariat général de la C.N.S. et préparation des travaux de la C.N.S. pour son rapport 2013 :

[1] Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (C.N.A.M.T.S.) a indiqué, le 30.05.13, que la mise en place des contrats d'accès aux soins, initialement programmée au 1er.07.13, est repoussée à octobre 2013 : http://www.service-public.fr/actualites/002481.html

Le Secrétariat général de la C.N.S. présente l'état des lieux des transmissions des rapports des C.R.S.A. à ce jour (15 rapports) et relève les difficultés recensées pour renseigner les indicateurs (voir la note en annexe).

A ce stade, la C.S.D.U. n'a pas identifié de critique majeure sur le cahier des charges et sa structuration, malgré le fait que de nombreux indicateurs ne soient pas renseignés. Le cahier des charges du rapport, et le guide qui l'accompagnait, ont été très positifs dans la mesure où ils ont permis aux C.R.S.A. d'être beaucoup plus exigeantes dans le recueil des données qui incombe aux A.R.S.

Il est demandé qu'une relance soit adressée aux régions n'ayant pas encore fait parvenir leurs rapports.

S'agissant du rapport de la C.N.S. pour 2013, M. RUSCH, Président de la C.S.D.U., propose qu'un travail particulier soit réalisé sur le système d'informations dans le domaine des droits des usagers :
- comment faciliter la remontée d'informations ?
- comment améliorer les outils d'observation du respect des droits des usagers ?
- quelle est la gouvernance de l'observation ?

Il est précisé que fin 2013 prennent fin à la fois les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) entre l'Etat et les A.R.S., mais aussi le contrat entre l'Etat et l'U.N.C.A.M. et la convention d'objectifs et de moyens avec la C.N.A.M.T.S. ; autant d'outils qui peuvent faciliter ce recueil d'informations.

Il conviendra également de s'interroger sur le partenariat avec l'Institut droit et santé, afin d'identifier si des travaux communs peuvent être envisagés cette année.

6. Adoption du projet d'avis sur le document de travail sur la fin de vie du Conseil de l'Europe :

Des éléments pour l'élaboration de l'avis ont été identifiés dans le compte-rendu de la réunion du 9 avril 2013. Il y a un certain paradoxe dans la mesure où la fin de vie fait l'objet de nombreux rapports et réflexions en France depuis ces dernières années ; on tente d'aller vers un consensus sur ces questions. Pourtant, le document soumis à l'avis de la C.N.S. est très général et n'aborde pas les thèmes de l'euthanasie et du suicide assisté.

Par ailleurs, ce document soulève un certain nombre de questions :

- l'alimentation forcée est-elle un traitement ? le document du Conseil de l'Europe revient un peu en arrière sur ce qui a été dit en France dans des débats précédents ;

- quand la personne n'est pas en mesure de donner son accord, la personne de confiance, qui en France ne peut pas donner consentement en lieu et place de la personne, est plutôt envisagée comme un mandataire (approche anglo-saxonne) dans le document du Conseil de l'Europe.

La recommandation de la C.N.S. pourrait être d'appeler à une rédaction plus prudente, en précisant que le guide du Conseil de l'Europe ne doit pas être considéré comme une recommandation adressée aux professionnel(e)s de santé en France.
Le projet d'avis sera adressé aux membres de la C.S.D.U. et de la Commission permanente qui l'adoptera au cours de sa réunion du 4 juin ; la C.S.D.U. considère qu'il n'est pas opportun d'adopter l'avis en assemblée plénière, dans la mesure où il suscite un débat plus général sur l'éthique qui ne peut pas avoir lieu le 18 juin.

7. Examen du projet d'avis sur le projet de guide « droits des usagers – mode d'emploi » :

Le Président de la C.S.D.U. a eu communication d'une nouvelle version du projet de guide. Il propose d'élaborer le projet d'avis de la C.N.S. sur ce document autour des points suivants :

- la gouvernance ;
- le choix du type de médiation sous-tendu par le document ;
- le contenu du document (« hospitalier » plus que « santé »).

Un projet d'avis sera mis en circulation en amont des réunions du 18 juin pour examen en séance de la C.S.D.U. le matin et adoption en assemblée plénière l'après-midi.

8. Examen de la note sur la commission territoriale de relations avec les usagers[2] :

A la suite de la rencontre avec le Cabinet de la ministre de la santé le 9 avril dernier, celui-ci attendait de la part de la C.N.S. une note sur la « commission territoriale de relations avec les usagers ». Mme DEVICTOR, Présidente de la C.N.S., a donc présenté un projet de note à la C.S.D.U. qui a fait part de plusieurs observations.

La note définitive a ensuite été adressée le 21 mai 2013 au Cabinet de la ministre.

9. Questions diverses :

La prochaine réunion de la C.S.D.U. est reportée au 18 juin (à la place du 4 juin), avec une présentation de la mission confiée à M. Pierre-Louis BRAS sur l'accès aux données de santé.

Néanmoins, les membres de la C.S.D.U. sont invité(e)s à participer à la prochaine réunion de la Commission permanente le 4 juin après-midi pour la présentation par la Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.) du « programme national pour la sécurité des patients ». Le 9 juillet, la D.G.O.S. présentera les indicateurs de satisfaction.

[2] Accès extranet réservé aux membres de la C.N.S.

Présentation générale des rapports sur le respect des droits des usagers élaborés par les C.R.S.A.

La Conférence nationale de santé a reçu jusqu'à présent **15** rapports de C.R.S.A. concernant « le respect du droit des usagers du système de santé »

- **Bourgogne** (69 pages),
- **Pays de la Loire** (89 pages),
- **Centre** (67 pages),
- **Guadeloupe, Saint Martin, et Saint Barthélémy** (62 pages),
- **Champagne-Ardenne** (100 pages),
- **Franche-Comté** (47 pages),
- **Corse** (101 pages),
- **Lorraine** (42 pages),
- **Guyane** (17 pages),
- **Bretagne** (28 pages),
- **Rhône-Alpes** (70 pages),
- **l'Aquitaine** (57 pages),
- **Haute-Normandie** (47 pages),
- **Ile de la Réunion** (19 pages),
- **Alsace** (13 pages).

Le 11.01.13, a été mis à la disposition des A.R.S. un guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 pour préciser la façon dont les objectifs doivent être pris en compte dans le cadre de leur mission de recueil des données pour le compte des C.R.S.A.

Après une lecture transversale des 15 rapports transmis à la C.N.S., il en ressort assez nettement une volonté des différentes C.R.S.A. d'appliquer au mieux les prescriptions du cahier des charges du 5 avril 2012. Tous les rapports ont été élaborés plus ou moins de la même manière, c'est-à-dire en traitant successivement des 4 orientations et objectifs y afférant, à l'exception de trois.

Les rapports ne sont pas tous assortis de commentaires au sujet des données répertoriées. Certains se contentent de les indiquer, alors que d'autres en profitent pour les assortir de remarques et/ou de recommandations.

Le volume des données est plus important dans le secteur hospitalier que dans le secteur médico-social. Quant au secteur ambulatoire, il est difficile de recueillir des informations.

I- Remarques et recommandations sur la forme des rapports :

1. Les difficultés de recueil des données/indicateurs pour la rédaction du rapport :

Les indicateurs suivants n'ont pu / ou ont très peu pu, être renseignés dans les rapports :

❖ ***Objectif 1** : Les données relatives à « la formation des professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers »* :

- **dans le secteur ambulatoire**, les données n'ont pu être renseignées dans 12 rapports sur 15. Les 3 rapports qui en ont mentionné, ont précisé que ces données n'étaient pas exhaustives.

  Les associations de formation médicale continue (F.M.C.) des différentes régions n'ont pu être contactées ou n'ont pas fourni d'informations. De plus, aucune donnée n'a été fournie par les différentes Unions régionales des professionnels de santé (U.R.P.S.). En effet, la majorité des ordres et U.R.P.S. ont précisé que cette demande était prématurée (application mi 2013) et ont orientés les C.R.S.A. vers les

instituts de formation. Or ces derniers commencent juste à se faire enregistrer et agréer en qualité d'organismes de développement professionnel continu (D.P.C.). En ce qui concerne les U.R.P.S., certaines n'ont pas connaissance de toutes les formations proposées par les organismes de F.M.C. et effectuées par les médecins libéraux/rales dans les régions, au regard des thématiques en lien avec le respect des droits des usagers.

Les U.R.P.S. ne sont pas destinataires des informations concernant les formations suivies par les médecins du secteur ambulatoire, qui jusqu'à présent étaient délivrées par de nombreux organismes de formation médicale continue agréé nationalement ou régionalement, mais également par des laboratoires ou des groupes (E.P.U., groupes de pairs…). Il est par conséquent impossible de répondre à ces questions, à moins de questionner individuellement chaque médecin sur les formations qu'il a suivies en 2011. Les U.R.P.S. n'ayant pas vocation à être les destinataires ni les promoteurs des formations choisies et effectuées par les médecins, elles ne pourront donc jamais répondre à ces questions.

C'est l'O.G.-D.P.C. par le biais de son site internet qui recensera annuellement les formations indemnisables auxquelles les médecins libéraux/rales auront choisi de s'inscrire. Mais il existe également d'autres sources de formations non indemnisables, donc même l'O.G.-D.P.C. ne pourra être exhaustif. La Direction générale de l'organisation des soins (D.G.O.S.) a saisi les Organismes paritaires collecteurs agréés sur le plan national, mais à ce jour aucune ne porte sur le thème des droits des usagers.

- **dans le secteur médico-social**, les données n'ont pu être renseignées dans 12 rapports sur 15. Les trois rapports mentionnant des informations, ne sont pas exhaustifs. Ce résultat s'explique par le trop grand nombre d'indicateurs à renseigner qui a poussé certaines CRSA à ne pas pouvoir tous les aborder. Mais il s'explique surtout par la non-réponse ou par la non-sollicitation des organismes paritaires collecteurs. Au niveau national, les résultats des organismes nationaux n'ont pas été révélés.

❖ ***Objectif 2** : Les données relatives à « l'effectivité du processus d'évaluation du respect des droits des usagers » :*

- **dans le domaine ambulatoire** : les informations n'ont pu être renseignées dans 12 rapports sur 15.
  Les C.R.S.A. attendent que la D.G.O.S. reçoive et leur divulgue les données des ordres nationaux de professionnel(le)s de santé afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales.

❖ ***Objectif 3** : Les données relatives au « droit au respect de la dignité de la personne- promouvoir la bientraitance »* :

- **dans le domaine ambulatoire**, les données n'ont pu être renseignées dans 14 rapports 15. Le seul rapport ayant des données n'est pas du tout exhaustif. D'une part, les C.R.S.A. restent en attente de la réponse des ordres à la D.G.O.S. Et, d'autre part, les quelques données fournies par certains Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ne sont pas suffisamment détaillées pour connaitre le nombre de plaintes déposées pour « maltraitance ».

❖ ***Objectif 4** : les données relatives au « droit au respect de la dignité de la personne- prendre en charge la douleur »* :

- **dans le domaine ambulatoire** : les données n'ont pu être renseignées dans aucun rapport.
  Les associations de Formation médicale continue n'ont pu être contactées en 2012, et quelques U.R.M.L. n'ont pas répondu aux sollicitations de l'A.R.S.

- **dans le secteur médico-social** : les données n'ont pu être renseignées dans 12 rapports sur 15.
  La raison avancée par certaines C.R.S.A. pour expliquer ce manque de renseignements est l'indisponibilité des données, sans plus de précisions.

❖ ***Objectif 5** : les données relatives au « droit au respect de la dignité de la personne- encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie »* :

- **dans le domaine ambulatoire** : les informations n'ont pu être données dans aucun rapport.
  En effet, les associations de Formation médicale continue n'ont pu être contactées en 2012, les U.R.L.M. n'ont pas répondu aux sollicitations des A.R.S., et lorsque des données étaient fournies, elles n'étaient pas assez détaillées pour les exploiter. Certaines C.R.S.A. ont néanmoins précisé que les données seront disponibles en 2014 pour 2013.

- **dans le secteur médico-social** : n'ont pu être fournies dans 13 rapports. A ce sujet, les C.R.S.A. sont en attente des résultats de l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) relative aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (E.P.H.A.) qui ne seront disponibles qu'à partir du mois de juin 2013.

❖ ***Objectif 6** : « droit à l'information - Permettre l'accès au dossier médical »* le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès du dossier médical et le taux de réponse apporté aux réclamations et plaintes

- **dans le domaine ambulatoire** : les données n'ont pu être renseignées dans 14 rapports sur 15. Le seul rapport qui a répertorié des données a précisé qu'elles n'étaient pas exhaustives.

  Les C.R.S.A. attendent que la D.G.O.S. reçoive et leur transmette les données des Ordres de professionnel(le)s de santé pour identifier s'il existe un dispositif de traitement des plaintes au niveau de ceux-ci. Lorsque des données sont présentes, elles ne sont pas suffisamment détaillées pour connaitre le nombre de plaintes relatives à l'accès au dossier médical.

- **dans le secteur médico-social** : les données n'ont pu être renseignées dans 11 rapports sur 15. Les C.R.S.A. n'ont pas précisé les raisons.

❖ ***Objectif 8** : « Droits des personnes détenues - Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical »* : la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants n'a pu être renseignée dans 13 rapports sur 15. La difficulté de collecter ces données reste la raison principale pour laquelle aucune information n'a pu être recueillie. En effet, seul les soignant(e)s y ont accès. Pour les patient(e)s admis(e)s en chambre carcérale, les dossiers sont conservés dans une salle fermée par digicode.

❖ ***Objectif 11** « Assurer financièrement l'accès aux soins » :* le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en C.M.U. (Couverture médicale universelle) ou A.M.E. (Aide médicale d'Etat) n'a pu être renseigné dans 12 rapports sur 15. Les C.R.S.A. attendent que la D.G.O.S. reçoive et leur transmette les données des Ordres nationaux des professionnel(le)s de santé afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales. Certaines C.R.S.A. avancent que l'importance des indicateurs à renseigner les empêche de tous les traiter.

N.B. : certaines C.R.S.A. (peu) recensent des données de 2012 ou de 2010, au lieu de 2011 ce qui rend problématique l'analyse. D'autres, n'indiquent pas l'année de recueil des données.

2. Les recommandations pour améliorer le recensement et l'utilisation des données :

- **la C.R.S.A. Rhône-Alpes** suggère qu'un groupe de travail composé des A.R.S. et C.R.S.A. volontaires soit constitué prochainement, sous l'égide du ministère en vue de mutualiser les outils à construire pour récolter les informations. Un recueil uniformisé permettra ainsi au ministère et à la C.N.S. d'agréger les données en vue de la rédaction de la synthèse nationale des différents rapports.

  Elle demande également à l'A.R.S. qui a inscrit l'observation en santé dans un des chapeaux du Projet régional de santé (P.R.S.), de bien vouloir intégrer l'action de recueil des données nécessaires à la production du rapport de la C.R.S.A. dans ce chapitre et d'associer les usagers à la réflexion voire la construction des outils.

- **La C.R.S.A. Champagne-Ardenne** suggère concernant l'objectif 4 (*le droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur*) de définir précisément ce que constitue le type de structure visé par l'indicateur du secteur sanitaire qui prévoit d'indiquer *« le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique existe (SDC)* », afin d'être en mesure d'y répondre ;

  Elle rappelle concernant l'objectif 5 (*le droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie*) que la proportion d'établissements médico-sociaux ayant intégrée la dimension des directives anticipées dans les projets d'établissements ne relève pas uniquement de l'enquête D.R.E.E.S. D'autres sources peuvent être mobilisées, telles les conventions tripartites de chacun de ces établissements ;

  Elle suggère aussi concernant l'objectif 10 (*assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux*), de revoir la formulation de l'indicateur pour éviter de recueillir des réponses diverses et variées, sans intérêt.
  En effet, la rédaction de l'indicateur « pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité et par territoire de santé » ne permet pas d'apporter une réponse précise.

- Selon la **C.R.S.A. Franche-Comté**, le rapport fait état d'une somme de résultats d'enquêtes qui doivent être considérées avec « distance et circonspection » tant sur le nombre de formations que sur les taux de participation ou le nombre d'établissements répondant aux enquêtes. Il faudrait pouvoir entrer dans le détail et sortir du quantitatif et du déclaratif afin de cerner si la notion de prise en charge dans le parcours de soins se traduit dans chaque pratique et dans la qualité des soins et de l'accompagnement.

- Le suivi des indicateurs devrait faire l'objet de commandes spécifiques auprès des partenaires. Les courriers adressés par la D.G.O.S. pourraient être généralisés. Des outils communs à chaque C.R.S.A. pourraient être élaborés pour solliciter les partenaires.

- Le travail avec la Haute autorité de santé (H.A.S.) devrait être approfondi pour un ciblage précis des données attendues dans le rapport.

- Les rapports des Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (C.R.U.Q.P.C.) devraient également être révisés pour fournir plus de données essentielles au rapport.

- La partie « gestion des réclamations » largement et précisément renseignée démontre la volonté d'apporter un aspect qualitatif.

- Il serait intéressant que toutes les C.R.S.A. élaborent en annexe, un tableau récapitulatif qui indique si les données ont été renseignées ou non, pour chaque objectif, à l'image du tableau fait par la **C.R.S.A. Franche-Comté**.

- Il faudrait intégrer dans le recueil des données d'activité des C.R.U.Q.P.C., des *items* concernant la formation des professionnel(le)s de santé (nombre, thèmes abordés…)

- **La C.R.S.A. Aquitaine** souhaite que l'A.R.S. agisse pour obtenir le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en C.M.U. et A.M.E.

  Elle souhaite qu'un rapprochement ait lieu avec la/le conciliateur/trice des caisses primaires d'assurance maladie pour obtenir les données concernant les plaintes et réclamations.
  Elle souhaite que le fonctionnement des Conseils de la vie sociale (C.V.S.) soit retracé dans les rapports internes que les établissements médico-sociaux doivent établir et remettre aux A.R.S.

- **La C.R.S.A. Corse** propose de stabiliser dans un 1er temps les outils et les modalités de recueil des données en cours de construction et de modéliser ensuite les autres types de données en développant les outils juridiques permettant leur recueil et ce, avant même d'en élargir le champ d'investigation.

  Elle souligne également la nécessité de disposer de leviers d'investigations permettant le recueil des données dans le secteur médico-social et dans le secteur ambulatoire, de disposer de moyens juridiques et financiers dans ces 2 domaines dans lesquels la représentation des usagers, la promotion et le respect de leurs droits ne trouvent pas de support établi.

  Elle propose ainsi de limiter les requêtes à une commande nationale, décomposée ensuite pour chaque région auprès des différents interlocutrices/teurs.